

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

480

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 21 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

Camille POITOUT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CHANCRE SYPHILITIQUE

DES PAUPIÈRES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { M. RECLUS, professeur.
 { MM. DELBET et SÉBILEAU, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

480

08A



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556007_0064

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 21 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

Camille POITOUT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CHANCRE SYPHILITIQUE

DES PAUPIÈRES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { M. RECLUS, professeur.
 { MM. DELBET et SÉBILEAU, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladies des enfants	SEE (G.)
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	HAYEM.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Clinique d'accouchement	RAYMOND.
	TILLIAUX.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire :

M. PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Il y a quelques mois, nous avons la bonne fortune d'entendre une clinique de M. le Professeur Panas sur le chancre des paupières ; cela nous remet en mémoire une observation très intéressante que nous avons eu l'occasion de suivre sur un de nos amis, il y a deux ans. Aussi nous sommes nous décidé à choisir comme sujet de notre thèse le chancre palpébral. Ce sujet, complètement ignoré il y a quarante ans à peine, a fait au contraire, depuis ces dernières années, l'objet de nombreux travaux. Il nous a paru bon cependant en prenant comme point de départ notre très intéressante observation personnelle de réviser quelques points de cette étude, d'en compléter quelques autres, notamment sur le diagnostic et le pronostic.

Avant de commencer ce travail, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à ceux qui, dans l'Ecole ou dans les hôpitaux, nous ont donné leurs conseils et leur enseignement.

Nous avons eu l'honneur d'être l'interne de M. le Docteur Legludic, directeur de l'Ecole de Médecine d'Angers. Dès le début de nos études, il a bien voulu nous donner une marque toute spéciale de l'intérêt qu'il nous porte;

pendant que nous avons été son interne, il ne nous a point ménagé les preuves de bienveillance.

M. Le Docteur Dezannéaux a bien voulu également nous accepter comme interne ; il a guidé nos premiers pas dans la chirurgie et a toujours été pour nous un maître et un conseiller dévoué ; nous sommes heureux de lui en témoigner ici toute notre gratitude.

Nous avons appris la médecine avec M. le Docteur Teillé, professeur de clinique médicale, et nous lui en conservons une vive reconnaissance.

Nous devons également une mention toute spéciale à MM. Monprofit et Thibault dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne et qui nous ont toujours attiré par leur enseignement si savant et si clair.

Que tous nos autres maîtres de l'Ecole d'Angers croient également à nos sentiments de gratitude.

Nous avons passé une année comme interne à la Maison Nationale de Charenton. Des chefs qui dirigent cet établissement, nous avons gardé le plus précieux souvenir.

Enfin que notre ami Brin, interne des hôpitaux, qui nous a aidé de ses conseils dans l'étude de notre sujet, reçoive ici un cordial remerciement.

Nous prions M. le Professeur Tillaux d'agréer nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.



Historique

L'histoire des chancres extragénitaux est entrée, seulement depuis la dernière moitié de ce siècle, dans une période vraiment scientifique. Sans remonter au temps où on croyait que la syphilis peut se transmettre par l'air, (Charles VII d'Angleterre fit passer en jugement le Cardinal Wolseley II pour avoir parlé à l'oreille de son maître avec l'intention supposée de lui communiquer la syphilis dont il était atteint *in th. Aumont p. 7*), nous voyons que, dans les deux derniers siècles, les auteurs ne savaient à quoi rattacher ces manifestations extragénitales de la syphilis, ne pouvaient étudier rationnellement les chancres anormaux. Et comment d'ailleurs l'auraient-ils pu tenter avec leurs idées obscures sur la nature et la propagation de la syphilis ?

Au début même de ce siècle la syphilis oculaire commença à être étudiée, mais d'une façon confuse. On décrivait sous le même titre les accidents primaires, et les lésions secondaires ou même tertiaires qui peuvent frapper la conjonctive et les paupières. C'est à cette période indécise qu'appartiennent les observations publiées en 1833 par Mackensie, en 1847 par Desmares. Les renseignements donnés par ces auteurs sont tellement insuffisants que nous ne saurions dire si l'ulcération palpébrale dont ils parlent se rapporte à un chancre ou à une gomme ulcérée.

La première observation nette et complète de chancre syphilitique est due à Ricord qui la publia en 1850. Il s'agit d'un avocat qui ayant touché les parties génitales d'une femme se frotta ensuite les yeux par mégarde. Il vit apparaître au grand angle de l'œil une tuméfaction dure, légèrement excoriée. Quand Ricord vit le malade, il existait une pléiade de ganglions préauriculaires et sous-maxillaires. Bientôt enfin, ne laissant aucun doute permis, se développa une roséole typique.

Depuis Ricord, de nombreuses observations de chancre des paupières ont été publiées.

Desmares, Mackensie, dans les nouvelles éditions de leurs traités, en citent des cas incontestables.

Depuis lors, tant en France qu'à l'étranger, nous ne comptons plus les observations publiées isolément, mais nous devons mentionner ici les principaux auteurs qui se sont occupés de la question dans des publications importantes.

Et, tout d'abord, il nous faut citer l'éminent maître de Saint-Louis, le Professeur Fournier, qui dans de nombreuses publications personnelles (citées à l'index bibliographique) et dans les thèses de ses élèves, a tant étudié et éclairci la question des chancres extragénitaux.

Inspiré par M. Fournier, Savy, en 1876, étudiant les éruptions de la conjonctivité et des paupières, montre que le chancre palpébral peut être inoculé par la salive.

De Lapersonne, en 1880, et Baudry, en 1885, étudient spécialement le chancre palpébral dans les archives d'ophtalmologie.

De Beck, en 1886, fait une belle étude du chancre des

paupières et à la fin de son travail se trouve une table fort bien faite dans laquelle sont relevés et analysés 94 cas de chancre palpébral, avec le nom de l'observateur, la date de l'observation, l'âge et le sexe des malades, le mode de contagion, les siège précis du chancre, les caractères de l'ulcération, l'état des ganglions voisins, les symptômes consécutifs, le traitement et ses résultats.

En 1887, un médecin russe Teplyachin, médecin du gouvernement de Vyatka, décrit une véritable épidémie de chancres extragénitaux et palpébraux en particulier, épidémie attribuable à cette coutume qu'ont les habitants de ce pays d'enlever les corps étrangers de l'œil par le léchage lingual ; nous rapporterons d'ailleurs plus loin le résumé de son travail.

Depuis cette époque sont parus les thèses de Toucheaulne, de Fortuniadès en 1889, d'Aumont en 1893, les nombreux mémoires de Pospelow, de Purtscher, de Newman, de De Beck. L'éminent maître de la Faculté, Monsieur le Professeur Panas, a consacré au chancre palpébral plusieurs cliniques, l'une citée par Aumont dans sa thèse, l'autre toute récente que nous avons eu la bonne chance d'entendre.

De plus on devra consulter sur le sujet qui nous occupe les traités classiques sur les maladies des yeux et les maladies vénériennes ; les différentes revues, telles que « Archives d'ophtalmologie », « Annales de dermatologie et de syphiligraphie », « Recueil d'ophtalmologie ». Il ne se passe pas d'années sans qu'il y ait dans une de ces revues des cas de chancres palpébraux signalés.

A l'hôpital Saint-Louis il faudra étudier les cahiers
Poitou

des chancres extragénitaux ; chancres dont la liste est d'ailleurs publiée de temps en temps.

Enfin au musée du même hôpital on pourra examiner à loisir des moulages de chancres des paupières, moulages qui en donnent parfaitement l'aspect caractéristique.



Étiologie

Nous étudierons successivement la fréquence du chancre et ses modes d'inoculation.

Fréquence. — Voici ce que nous enseigne à ce sujet le Professeur Fournier : « Il y a vingt ans à peine, les chancres extragénitaux passaient pour excessivement rares, pour une véritable curiosité. Aujourd'hui ils abondent et surabondent dans les services de Saint-Louis. Pourquoi sont-ils devenus soudain plus nombreux ? Ou bien l'espèce humaine est-elle devenue plus vicieuse ? Non, la vérité, et elle est toute à la gloire des médecins en général et des syphiligraphes en particulier, c'est qu'on les a mieux étudiés, que l'on a appris à mieux les connaître et que bon nombre de chancres qui passaient inaperçus auparavant n'échappent plus aujourd'hui à l'œil de l'observateur ». Ce que Monsieur Fournier dit des chancres extragénitaux en général, nous pourrions le répéter pour les chancres palpébraux. Ceux-ci sont devenus relativement plus fréquents dans ces dernières années, et tout en admettant avec Ricord que « le chancre est un accident qui saute rarement aux yeux » nous ne pouvons souscrire à l'opinion de Viguiier qui admet que ce chancre est une affection tout à fait rare et qui n'en connaissait que 3 cas en 1889.

Cherchant maintenant à connaître le nombre des chancres palpébraux par rapport au nombre total des

chancres observés, nous trouvons des opinions assez différentes suivant les auteurs.

Julien rassemblant les statistiques de Bassereau, Le Fort, Clerc, Fournier constate 2 cas sur 1773, ce qui fait à peu près 1 pour 890.

De Wecker et Landolt, en réunissant les cas de Fournier, Martin, Bussenet, Clerc et Rollet, arrivent à un chiffre de 6 pour 1646, soit 1 sur 250 environ.

Dans la statistique isolée de Clerc se trouve 1 chancre palpébral sur 404.

Dans celle de Fournier 1 sur 471 (Rollet, art. Chancre in Dict. Dechambre).

Nous admettons volontiers une proportion un peu plus forte, 1 pour 400 environ, sans d'ailleurs qu'il soit possible de se faire une idée exacte de la fréquence absolue du chancre palpébral.

Il est plus facile de calculer la fréquence de ce chancre comparée à celle des chancres extragénitaux en général. Ceux-ci en effet constituent encore des cas intéressants, qu'on note toujours, et de ce chef nous pouvons arriver à une approximation assez suffisante.

Nivet, sur un total de 595 chancres extragénitaux observés par le Professeur Fournier, trouve seulement 15 cas de chancres palpébraux, ceux-ci n'arrivant pour la fréquence qu'en 4^e ligne.

Voulons-nous savoir maintenant le nombre de chancres palpébraux par rapport au nombre des syphilis oculaires? Nous laisserons complètement de côté les statistiques très étendues mais très obscures de Galezowsky et de Fieuzal et nous nous en tiendrons aux renseignements

fournis par Lèveillé. Dans sa thèse, inspirée par Badal, cet auteur trouve sur les 10,000 malades à antécédents syphilitiques observés dans la clinique de Badal, 311 malades, seulement, atteints de syphilis oculaire, et sur ce nombre 2 chancres palpébraux.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce point qui présente en somme peu d'intérêt.

Quant à rechercher si le chancre des paupières est plus fréquent en France qu'en Angleterre ou en Amérique, nous laisserons ce soin à d'autres.

Pour nous, dans ces différents pays, les vices sont également en honneur et il ne faut pas conclure du nombre de chancres palpébraux, plus grand en France (ce qui est discutable) à une débauche plus grande de cette nation. Nous montrerons d'ailleurs bientôt que ce chancre peut être dû souvent à des manœuvres malheureuses aussi bien qu'à des gestes vicieux.

Causes prédisposantes. — Deux âges sont surtout atteints ; l'âge mûr qui fournit la presque totalité des faits ; l'enfance où la contamination par la nourrice est le plus souvent relevée.

Les sexes sont inégalement frappés ; l'homme l'est incontestablement beaucoup plus que la femme. Si nous exceptons la statistique de Teplyachin où, pour des raisons spéciales, se trouvent 24 femmes et seulement 10 hommes, nous pouvons admettre, d'après l'ensemble des faits, qu'il y a une proportion moyenne de 2 hommes atteints pour 1 femme (Aumont, p. 15).

Jouent encore un rôle important les *professions* qui

mettent en contact avec des personnes contaminées ou des objets qui leur ont servi.

Aussi les médecins et les sages-femmes sont-ils assez souvent atteints, soit qu'après un toucher vaginal ils se soient frottés les yeux, soit qu'ils aient reçu en pleine figure des gouttes de liquide pendant l'accouchement, soit enfin et surtout qu'ils reçoivent dans les yeux de la salive contaminée en examinant la gorge de malades. C'est à ce dernier groupe qu'appartiennent les observations bien connues de Savy, Boucheron, Hirschler, Campart, etc. D'après Aumont le chancre serait professionnel 1 fois sur quinze environ.

Les affections des paupières et des voies lacrymales ont également, et de l'avis de tous les auteurs, la plus grande influence sur le développement des chancres palpébraux parce qu'elles créent une porte d'entrée, parce qu'elles forcent aussi le malade à se porter souvent les doigts aux yeux, parce qu'elles réalisent, en un mot, les 2 conditions de toute inoculation. Aussi voyons-nous, dans presque toutes les observations, qu'il s'agit de malades atteints antérieurement de conjonctivite ou surtout de blépharite ciliaire, de cette blépharite si fréquente chez les acnéiques. Telles sont les observations typiques de Baudry, de Beck, de Delapersonne, Dietlen, Moty, Hammarde, Sattler, Laskiewicz.

De plus avec Aumont nous devons reconnaître que la peau des paupières est particulièrement *fine et facile à excorier*. Un simple grattage peut créer une petite exco-riation qui guérira facilement, mais qui n'en aura pas moins suffi à l'inoculation chancreuse. C'est d'ailleurs ce

que nous voyons si souvent dans l'érysipèle dit médical et il n'y a pas de raisons pour que nous n'admettions pas ici le même enchaînement de faits.

Mode d'inoculation. — Il est souvent très difficile de connaître la voie qu'a suivie le virus chancreux pour arriver aux paupières, et cela se comprend facilement, quand on songe que le chancre a environ trois semaines d'incubation et que pendant cette époque le malade a eu le temps d'oublier des gestes maladroits sinon ses manœuvres honteuses. Dans ce dernier cas la honte, dans le premier l'oubli empêchent le malade de renseigner le clinicien qui souvent en est réduit à faire des suppositions plus ou moins vraisemblables.

Les observations consultées nous donnent une fois sur quatre en moyenne la source et la voie de la contagion.

Celle-ci peut se faire par le doigt, la bouche, la langue et ce sont ses trois principaux modes. Elle peut exceptionnellement reconnaître son origine dans l'emploi de vases, ou même de lits contaminés par des personnes syphilitiques.

Contagion par le doigt. — C'est un mode d'infection très fréquent, sinon le plus fréquent, comme le voudrait Fortuniadès. Tantôt, c'est dans l'exercice de leur profession qu'un médecin, une sage-femme, en donnant leurs soins à des syphilitiques, portent par mégarde les doigts à leurs yeux (Dietlen, Campart). Tantôt comme dans l'observation de Ricord « le malade se rappelle qu'étant couché avec une femme, après certains attouchements, il fut pris d'une vive démangeaison à l'œil où il porta la main et qu'il frotta pendant un temps assez long ». Tels

sont les cas de Galezowsky, de Gratia et d'Edgard Browne.

C'est d'après ces observations que de Beck a pu écrire les mots suivants : « Dans les rapprochements sexuels, quand ils sont illicites, les doigts peuvent être portés au contact des parties sexuelles, et plus tard, s'il y a déman-geaison, sur les paupières, en y produisant l'inoculation syphilitique. »

Dans les rapports entre nourrices et nourrissons, tantôt ce sont les nourrices qui, nettoyant les yeux des enfants avec leur salive, contaminent ces malheureux. Baudry a insisté avec raison sur ce mode de contagion ; tantôt, comme dans le cas de Denti, un très jeune enfant syphilitique contamine sa nourrice en lui égratignant la paupière.

Contagion par la bouche. — C'est probablement le cas le plus fréquent et en première ligne signalons les *baisers* les plus divers. En effet, comme le dit Baudry : « A côté du baiser passionné de l'amour, il y a le baiser de la mère qui ignore son mal, et le baiser des servantes et des nourrices qui ont la détestable habitude d'embrasser sur les yeux, les oreilles, les narines, l'ombilic, parfois même sur les parties génitales les enfants confiés à leurs soins ». Cette infection par le baiser est signalée dans les observations de Salomon, Gratia, Boucheron, Richon, Despagnet.

Dans l'observation de Snell c'est un nourrisson qui, embrassant sa nourrice lui contamine la paupière. La bouche « ce grand laboratoire de vérole » n'intervient pas seulement par le baiser : dans l'observation de Campart, le malade avait été *mordu* à la paupière par un camarade porteur de syphilides buccales. Dans les observations de

Van Harlingen, David de Beck, Meighan, etc., on incrimine la succion pratiquée pour une plaie des paupières.

D'autres fois un malade dont on examine la gorge, expectore aux yeux du médecin un jet de *salive* contaminée (Lavy, Hirschler), et déjà nous avons signalé la contamination des enfants par la salive des nourrices portée ou non avec les doigts.

Contagion par la langue. — Les médecins de Pologne et de Russie ont signalé l'extraction des corps étrangers de l'œil avec la langue, extraction coutumière en ces pays. Nous trouvons, comme observations démonstratives à ce sujet, un fait de Szokalski, de Varsovie, deux cas analogues de Montgomery, de Chicago, et surtout l'épidémie déjà citée que rapporte Teplyaschin. Pour ce dernier fait il s'agissait non plus de corps étrangers, mais de trachomes qu'on a l'habitude, en ces pays, de traiter par le massage lingual. Nous n'avons eu à notre disposition que le compte-rendu paru en 1887 dans le journal de *Urma* sur le mémoire de Teplyaschin (*Monatshefte für praktische Dermatologie* n° 16, 1887, p. 770 et 771). En voici le résumé : A la suite de plusieurs cas de chancres des paupières observés coup sur coup, Teplyaschin fut porté à faire une enquête dans deux villages du gouvernement de Wyatka. Il résulta de son inspection que sur les 81 familles comprenant 532 personnes, 26 familles avec 68 personnes étaient infectées de syphilis, ce qui donne approximativement 13 %. Ces 68 cas se décomposent en 23 hommes et 45 femmes. Dans 34 cas (10 hommes et 24 femmes) le chancre avait les paupières pour siège et provenait de léchage pratiqué par une commère. Cette commère dont la profession était de

lécher les trachômes, fut trouvée notoirement syphilitique, et elle déclara qu'elle-même avait dû être infectée par le même moyen,

Causes plus rares. — Parmi celles-ci il en est une qu'on trouve signalée dans tous les auteurs, c'est le contact direct des paupières avec les organes génitaux atteints d'ulcérations spécifiques. Ce contact serait la cause la plus fréquente du chancre palpébral d'après Baudry, qui ne juge d'ailleurs que par raisonnement (comme les auteurs classiques), car les observations probantes manquent. Nous n'en connaissons qu'une, celle de Despagnet « où le malade avouait, en s'en faisant gloire, avoir mis, dans un but lascif, ses paupières en rapport avec les organes génitaux d'une femme. »

Sans crier, avec de Beck, que « toute imagination non française est impuissante à se faire une peinture mentale de ce mode d'infection, au moins comme mode fréquent, » nous ne pourrions admettre l'assertion de Baudry qu'au moment où de nombreux aveux de malades seront venus la confirmer.

Comme causes *tout à fait exceptionnelles* signalons enfin les oreillers incriminés une fois par Galezowski, le linge de propreté incriminé par Harmande, les éponges citées par Baudry. Quant à l'infection par des instruments de chirurgie, nous admettrons, avec Aumont, que son existence est possible, mais elle n'est prouvée par aucune observation.

En somme ces causes nombreuses peuvent être divisées en causes vénériennes et en causes accidentelles. Mais il est plus rationnel d'étudier successivement les

modes différents d'inoculation que de ranger sous une même rubrique (vénérienne et non vénérienne) des modes essentiellement disparates et c'est ce qui nous a déterminé à suivre notre ordre d'exposition.

Si nous voulons résumer désormais la pathogénie du chancre palpébral, nous dirons que là, comme ailleurs, il faut deux facteurs, une porte d'entrée et un agent infectant qui peut suivre des voies différentes.

La porte d'entrée nous paraît nécessaire ; c'est, ou bien une lésion pathologique, ou bien une érosion insignifiante de grattage, mais la perte de substance existe toujours, et nous ne saurions admettre que le virus syphilitique, mis au contact d'un épiderme ou d'un épithélium sains puisse les attaquer et produire un chancre.

L'agent infectant est, 9 fois sur 10, (Aumont p. 21) la plaque muqueuse. Il n'existe que peu d'observations où le chancre résulte de l'inoculation du virus chancreux.

Quant aux voies que peut suivre le virus syphilitique nous avons montré combien étaient variables les modes d'inoculation et nous ne pourrions, sans redite revenir sur ces sujets.



Symptômes

1^{re} Période d'incubation. — Cette période, pour beaucoup d'auteurs, serait plus courte que pour les chancres génitaux. Si nous consultons les statistiques de Stourme, sur la période d'incubation du chancre céphalique en général, nous voyons qu'elle est en moyenne de 23, 24 jours, ce qui est assez la durée de la période latente du chancre de la verge. Dans plusieurs des observations que nous avons analysées, nous avons, il est vrai, trouvé des incubations de 26, 33, 35, 42 jours, voire même dans un cas, une durée de près de 2 mois. Ces longues incubations existent aussi dans les chancres génitaux, et M. Fournier signale un cas où l'infection avait été puisée à un chancre primitif et où l'incubation dépassa 2 mois. Nous n'avons donc rien là de bien spécial au chancre palpébral. Dans les observations où l'incubation était remarquablement longue, il s'agissait ordinairement de vieillards, c'est-à-dire de sujets à réaction lente. D'ailleurs cela est conforme à la loi de Sigmund, disant que la période s'écoulant entre le contagion et l'apparition de l'accident primitif est d'autant plus longue que le sujet est d'un âge plus avancé.

Nous ne chercherons pas à décrire le *mode de début* du chancre palpébral, car les documents nous manquent sur ce point. Le malade ne vient jamais au début de son affection, et tout ce qu'il peut raconter ordinairement,

c'est qu'il s'est aperçu un jour d'un petit bouton, qu'il ne s'en est pas inquiété tout d'abord. C'est seulement devant la ténacité de ce bouton, parfois à cause des troubles qu'il occasionne, que le malade se décide à consulter l'ophthalmologiste ou le syphiligraphe. Quelquefois, pendant longtemps, il croit n'avoir qu'un follicule enflammé, un vulgaire orgeolet, et ce début est très net dans notre seconde observation, où il s'agit cependant d'un médecin. Tantôt une dacryocystite ou une blépharite ciliaire masquent le début du chancre et ce n'est que plus tard, que le patient s'aperçoit de sa nouvelle infection.

2° *Situation et nombre.* — Le siège le plus habituel du chancre palpébral est le bord libre des paupières, à cheval sur ce bord, empiétant à la fois sur la peau et sur la conjonctive palpébrales. De Graefe a prétendu que la matière infectante pénétrait dans les conduits excréteurs des glandes de Meibomius. Cette opinion jugée très vraisemblable par la plupart des auteurs et acceptée comme classique, nous paraît au contraire inadmissible. Ce n'est pas, en effet, dans ces conduits, protégés par un corps gras, le sebum, que le virus doit s'inoculer facilement, mais bien sur le bord même des paupières, dans l'intervalle des embouchures canaliculaires ou au niveau de ces embouchures. Pourquoi cette localisation ? Nous en trouvons la raison dans la finesse de la peau qui recouvre le bord, dans la facilité de ses érosions de grattage, dans la fréquence de ses lésions pathologiques.

En second lieu, par ordre de fréquence, vient la commissure interne. Pour le professeur Panas, c'est même de beaucoup l'endroit préféré du chancre palpébral, et, dans

une de ses dernières cliniques, il nous en donnait la raison très simple. N'est-ce pas là, au moindre picotement, que nous allons porter nos doigts ? N'est-ce pas vers ce point que convergent, charriés par les larmes, toutes les particules, tous les corps étrangers déposés en un point de la conjonctive par des doigts ou des lèvres malpropres ? Enfin, ne savons-nous pas la fréquence de la dacryocystite légère qui va servir de porte d'entrée ? Pour toutes ces raisons, le chancre des paupières, comme l'érysipèle, d'ailleurs, affectionnera surtout la commissure interne. Enfin, l'angle externe est atteint quelquefois, mais plus rarement.

Le chancre peut débiter par la face conjonctivale, la face cutanée, ou bien tout-à-fait au bord marginal des paupières. Mais une fois développé, il envahit à la fois la conjonctive et la peau, ne se limitant que rarement à cette dernière. n'atteignant que très exceptionnellement la conjonctive palpébrale seule. (Savy, Galezowsky, Panas).

Nombre. — Parfois le malade est porteur de plusieurs chancres à la fois, tant à la paupière qu'aux parties génitales. Dans l'observation de Zobolotski, le sujet avait un chancre de la verge et deux des paupières.

Dans l'observation de Savy, le sujet avait deux chancres palpébraux. Il est vrai qu'il était médecin et par là à même de s'observer nettement dès le début. La plupart du temps les malades viennent très tard, les deux chancres peuvent avoir eu le temps de se fusionner, et c'est peut-être pour cela que nous trouvons si rarement des chancres multiples.

Dans les deux observations de Morel Lavallée, il y avait chancre de la paupière et chancre du cou dans le

premier fait, chancre de la paupière et chancre du sein dans le second.

Stourme raconte qu'une nourrice eut successivement un chancre du mamelon gauche, deux chancres de l'aréole gauche, puis un chancre de la commissure palpébrale gauche et un chancre du sein droit.

Enfin Lavergne et Perrin parlent d'une observation de Barthélémy où il y aurait eu simultanément un chancre sur les bords libre des deux paupières ; nous n'avons pu retrouver cette observation.

III. *Aspect et étendue.* — Le chancre est-il développé au niveau du bord libre, il se présente sous la forme d'une saillie manifeste, allongée, ovalaire, ayant souvent un centimètre de long, très rarement moins de 5 millimètres. Les auteurs comparent volontiers cette saillie à une petite amande ; mais les dimensions sont en somme très variables et constituent un caractère de peu de valeur.

Si le chancre s'est développé au niveau de la commissure, si c'est un *chancre commissural*, il peut s'étendre d'une paupière à l'autre en atteignant la partie la plus interne de leur bord marginal et en affectant dans son ensemble la forme d'un croissant, d'un fer à cheval assez facilement délimitable à la vue, bien plus facilement encore au toucher, où on le sent rouler sous le doigt, (Panas). Quelquefois ce chancre commissural offre l'aspect d'une fissure plus ou moins profonde reposant sur une base indurée « fissure dont les bords violacés peuvent en imposer un instant pour une fistule lacrymale ». Delaperonne a rapporté un cas de cette nature, qu'il a observé

au musée Horteloup, à l'hôpital du Midi (cité par Aumont, page 29).

Comme le fait remarquer Fortuniadès, dans la plupart des cas on emploie pour caractériser le chancre le terme *ulcération*. Et cependant, à proprement parler, il n'y a point là de véritable ulcération, mais bien plutôt une érosion. Notre second cas était typique à ce point de vue et d'ailleurs les moulages qu'on peut voir au musée de l'hôpital Saint-Louis montrent jusqu'à l'évidence que cette érosion a beaucoup plus de tendance à devenir papuleuse qu'ulcéreuse. Déjà Bassereau avait remarqué que la surface des chancres en général est plutôt érodée légèrement qu'ulcérée à une certaine profondeur. Fournier a confirmé cette remarque. D'après ce que nous avons vu, l'érosion palpébrale chancreuse est à peine excavée et est recouverte, quand le chancre est récent, d'une croutelle qui tombe plus tard, parfois même, comme dans le cas de Lailler (cité par Fortuniadès) comme dans notre second cas, le chancre palpébral se présente comme une papule élevée, végétante.

Les bords de l'érosion ne sont pas généralement taillés à pic comme on le voit écrit dans la thèse d'Aumont. Le plus souvent, au contraire, on ne voit les bords marqués que par un liseré épidermique, et par un changement de coloration des parties voisines, qui ne présentent plus cette teinte sombre spéciale du chancre, mais une coloration plus claire et qui forment ainsi autour de la lésion spécifique une véritable auréole.

La couleur est très spéciale et surtout, disons-le de suite, très variable, suivant le moment et suivant l'abon-

dance ou le mode des sécrétions. C'est ainsi qu'elle passe de la coloration d'une plaie vive à une couleur plus foncée de ton. D'une façon générale la couleur est rouge, mais avec une nuance particulière, celle-là même que Fallope avait comparée à la chair de jambon et que Swédiaur qualifia plus tard de cuivreuse.

Les sécrétions sont peu abondantes, et la surface excoriée est à peine humide au moins dans la plupart des cas. Quelquefois pourtant il s'accumule à la surface du chancre une sécrétion très fibrineuse, très conpressible, et très adhérente, qui lui communique, à cause de sa couleur opaline, un aspect *diphthéroïde*. Cet aspect, assez fréquent, disparaît au moment de la cicatrisation.

IV° *Induration*. — Lorsqu'on saisit la base du chancre palpébral entre les doigts, on sent qu'elle est indurée, tantôt très nettement (on dirait que la base est formée par du cartilage); tantôt au contraire la dureté est moins grande et il semblerait qu'on froisse du parchemin, une carte de visite. L'induration n'occupe parfois que le centre du chancre; tantôt, au contraire, elle est totale, ou bien encore circonférentielle, comme cela existe dans certains cas d'induration parcheminée. Pour bien la reconnaître alors, il faut, avec deux doigts, presser les bords du chancre en cherchant à les rapprocher, sans plisser le chancre lui-même.

Notons aussi que l'induration est très précoce.

V° *Adénopathie*. — Aux paupières, comme dans toutes les régions, l'adénite consécutive au chancre syphilitique présente un certain nombre de caractères spéciaux qui lui donnent une valeur extrême pour le diagnostic.

Elle est *polyganglionnaire*, atteignant les ganglions préparotidiens ou préauriculaires, les ganglions sous-maxillaires et rétromaxillaires, les ganglions cervicaux, eux-mêmes, dans quelques cas. Mais de même que dans le chancre génital on observe, au milieu des nombreuses adénites, un ganglion plus engorgé, plus gros et plus dur, de même dans le chancre palpébral, nous devons avoir un ganglion spécialement et différemment atteint, suivant les sièges différents de la lésion primitive. Avant d'étudier ce point, nous devons rechercher à quels territoires ganglionnaires se rendent les lymphatiques de la paupière.

Sappey dont les recherches sur les lymphatiques font autorité, nous enseigne les faits suivants : « Les vaisseaux lymphatiques très nombreux ont pour origine la peau des paupières et la conjonctive. On injecte assez facilement ceux du sourcil, difficilement ceux des autres parties. Mais on les voit très bien au microscope lorsque leur cavité est remplie de mercure. Ils sont surtout développés sur le bord libre ou ciliaire qui recouvre un réseau d'une extrême richesse. De celui-ci naissent trois ou quatre troncs externes qui vont se terminer dans les ganglions parotidiens les plus antérieurs et deux ou trois troncs internes plus petits qui se joignent aux lymphatiques venus de la partie médiane du front pour suivre ensuite la veine faciale et se rendre dans les ganglions sous-maxillaires ; quelques vaisseaux lymphatiques naissent aussi de la conjonctive, principalement de la conjonctive palpébrale. »

Ainsi les lymphatiques de la paupière se rendent à deux points principaux, les ganglions parotidiens et sous-maxillaires. Dans le chancre interne de l'œil on

trouvera presque toujours un ganglion sous-maxillaire plus volumineux que les autres.

La lésion est-elle située au contraire au niveau de l'angle externe, on verra, plus gros que les autres, le ganglion préauriculaire, situé exactement au-devant de l'oreille, à un centimètre du tragus (Savy). D'après Savy également, on trouverait, au-dessous de ce ganglion, un autre petit ganglion situé un peu plus en arrière. Enfin, il faut signaler, d'après le Professeur Panas, un ganglion qu'il nomme ganglion facial à cause de sa situation au dessous de la boule de Bichat, et qui s'est quelquefois augmenté de volume sur le chancre des paupières.

L'adénopathie est très dure et indolente comme la lésion primitive, elle est mobile sur les parties voisines. Les ganglions atteignent ordinairement le volume d'une grosse amande et parfois ils s'assemblent pour former des masses beaucoup plus considérables.

Ils ne suppurent pas dans la grande majorité des cas. Parfois, cependant, il peut se faire, au niveau de l'érosion, des infections secondaires qui amènent la suppuration du ganglion.

VI. *Troubles du côté des yeux.* — Assez souvent, surtout au début, ou bien quand il s'est fait des infections au niveau du chancre, celui-ci détermine une réaction vive du côté de l'œil, et ce fait arrive principalement quand le chancre occupe la face conjonctivale des paupières. On peut alors observer un *œdème assez prononcé de la conjonctive*, du chémosis.

Dans ces cas, comme le fait remarquer Panas, le chancre peut être absolument masqué quand il s'est déve-

loppé de préférence vers la face interne des paupières. Aussi ne doit-on jamais négliger de retourner les paupières pour les explorer, plus facilement, pour pouvoir atteindre aisément jusqu'au cul-de-sac.

D'autres fois on observe une *conjonctivite* intense avec sécrétion muco-purulente plus ou moins abondante (de Lapersonne, Baudry etc.).

Fortuniadès et de Lapersonne ont signalé du larmoie-
ment avec oblitération des points lacrymaux. Notre
seconde observation en est un exemple.

Enfin plus fréquemment on a rencontré des lésions
du côté de l'œil, telles que l'iritis (Stourme, Fortuniadès)
la kératite (Savy) avec ulcération de la cornée (de Laper-
sonne).

Quand ces réactions n'existent pas du côté de la con-
jonctive ou du globe de l'œil, on ne signale aucun autre
trouble fonctionnel. En effet le chancre est presque com-
plètement indolent et gêne fort peu le malade.

VII^e Marche. — La marche du chancre des paupières
ne nous présente rien de bien spécial.

Nous avons déjà signalé l'obscurité dont est entouré
son mode de début.

Une fois constitué, le chancre, souvent pris pour
une lésion banale, évolue sans traitement, se recouvrant
d'abord de croûtes, s'en débarrassant ensuite en se cicatri-
sant. Parfois des cautérisations énergiques viennent en
modifier complètement l'aspect.

Quoiqu'il en soit, sa résolution est toujours lente et
quelquefois très longue à se faire.

Dans le cas de Savy, M. Fournier constatait sept.

semaines après le début de la lésion, une induration par-
thémisée des plus typiques. Dans le cas de Krelling, l'in-
duration de la base persista 2 mois $1/2$; dans le cas de
Meighan le début remontait à plus de 2 mois, dans celui
de Clerc à 2 mois $1/2$. Dans les nôtres la restitution à
l'état absolument sain se fit plus longtemps attendre
(3 mois $1/2$ à 4 mois).



Diagnostic

Il suffit, nous semble-t-il, de penser au chancre des paupières, de songer à sa possibilité, pour éviter toute erreur de diagnostic. En effet, les caractères si spéciaux de la lésion chancreuse, l'adénopathie si caractéristique qui l'accompagne, les accidents secondaires tels que roséole, plaques muqueuses, céphalalgie nocturne, douleurs ostéocopes qui la suivent ne permettent pas à un observateur attentif de se tromper. Il pourra rester quelque temps dans l'attente ; mais en soumettant fréquemment le malade à son examen, il finira toujours par découvrir un de ces accidents secondaires qui le mettront sur la voie.

Tout à fait au début du chancre, il faut attacher la plus grande importance, comme l'enseigne le Professeur Panas, à l'existence d'arthralgies, de fièvre, tous troubles généraux qui précèdent les accidents. Cette fièvre syphilitique, bien étudiée dans ces dernières années, est très spéciale. Elle procède par accès paroxystiques absolument semblables aux accès paludéens avec frissons, stades de chaleur et de sueur. Ils ne diffèrent des accidents du paludisme que par leur apparition nocturne.

Il se peut aussi que l'on ait, pour se guider, uniquement les commémoratifs et l'induration persistante. Or, nous savons combien peu souvent les antécédents sont clairs ; la plupart du temps le malade nie tout contact

anormal. Assez souvent même il prétend n'avoir pratiqué aucun coït de longtemps. C'est donc dans l'examen attentif de la lésion locale ou de ses restes que nous devons nous retrancher.

Parmi ces restes, signalons surtout l'induration locale, persistante, présentant la forme d'un arc de cercle dans le chancre commissural. De plus l'adénopathie persiste longtemps également, avec ses caractères de dureté et de mobilité sur les tissus voisins.

Ceci dit, passons au diagnostic différentiel du chancre palpébral. Avec quelles lésions peut-on le confondre ? Avec quelles lésions l'a-t-on effectivement confondu ?

Mackensie a montré qu'il avait été pris quelquefois pour une fistule lacrymale. Parfois le chancre a une ressemblance grossière avec une tumeur ulcérée du sac lacrymal. Cependant, dans ces affections, nous n'avons pas les signes locaux, ni l'adénopathie si spéciale de la syphilis. De plus elles ont un long passé et le malade raconte que depuis longtemps déjà il est gêné par l'écoulement des larmes.

Le chancre mou n'a guère été signalé, à notre connaissance, au niveau des paupières. Son existence fût-elle possible, on pourrait toujours le diagnostiquer à l'aide de l'ulcération plus profonde et purulente, à l'aide du bubon énorme, douloureux, suppurant, à l'aide enfin de l'inoculation.

Dans notre seconde observation on a pensé longtemps à un orgeolet chronique. Il ne peut s'agir d'orgeolet aigu dont la marche rapide, l'inflammation vive, l'état douloureux ne ressemblent en rien aux caractères du chancre.

Mais dans quelques cas les orgeolets se succèdent à la même place ; ou mieux, un orgelet, après avoir évolué lentement, sans phénomènes bien douloureux, persiste avec un peu de rougeur de la paupière, un point du bord libre ulcéré, un peu de dureté et d'empâtement à la base de la lésion. Dans ces cas on pourrait penser à un chancre. Mais dans le chancre la cicatrisation est beaucoup plus lente, l'induration et l'indolence plus nettes, l'adénopathie existe avec ses caractères.

Parfois le lupus affecte la forme d'une ulcération ovulaire siégeant au bord libre des paupières, avec un fond rouge terne, des bords très indurés et surélevés. Sa marche est lente et son indolence presque absolue. Dans ces cas on se guidera d'après les renseignements du malade qui est tuberculeux ou a déjà été lupique en un point. Il est bien rare, en effet, que le lupus se confîne absolument aux paupières, et d'ailleurs on aurait alors sa marche si longue et si torpide.

L'épithélioma des paupières siège le plus souvent au grand angle de l'œil, comme le chancre, et pour les mêmes raisons que lui ; d'après le professeur Panas. Il pourrait, tout au moins, au début, être confondu avec un chancre. Mais son apparition plus tardive, son évolution infiniment plus lente, ne permettent pas d'errer bien longtemps.

Voici d'ailleurs un tableau de signes différentiels que nous empruntons à Lavergne et Perrin.

Chancre

Ulcérations sans bords en évidence.

Fond peu irrégulier, jaunâtre, légèrement suintant.

Tuméfaction ganglionnaire énorme, apparaissant rapidement.

A la périphérie, peau œdématiée, violacée, peu adhérente aux parties sous-jacentes.

Marche rapide.

Tout âge et de préférence l'âge mur.

Caneroïde

Ulcérations à bords élevés, nets, taillés à pic.

Fond très irrégulier, granuleux souvent, saignant facilement.

Un seul ganglion (au moins au début) apparaissant plus tardivement.

Peau peu gonflée, moins sombre, adhérente aux parties sous-jacentes.

Marche lente.

Vieil âge.

Il nous semble vraiment impossible de confondre le chancre avec l'œdème malin rencontré quelquefois chez les bouchers, les équarisseurs. La marche de cette affection, l'apparition d'abord d'un œdème palpébral très marqué, puis d'une plaque brunâtre à la chute de laquelle apparaît l'ulcération, tout en un mot est différent du chancre.

La pustule maligne est caractérisée par sa marche rapide, ses symptômes généraux, les caractères propres de l'ulcération : collerettes de vésicules, eschare noire etc.

Une *brûlure irritée* par des pansements peut présenter une certaine ressemblance avec le chancre. Mais en la soignant proprement, on la verra se cicatriser rapi-

Poitout

dement, et, de plus, l'adénopathie qui peut l'accompagner n'est qu'une adénite inflammatoire spéciale, douloureuse, empâtée.

D'autres accidents syphilitiques, tels que les plaques muqueuses secondaires, se rencontrant d'ailleurs très rarement aux paupières, seront reconnus aux antécédents du malade, à l'absence d'induration et le plus souvent d'adénopathie.

Le diagnostic est plus difficile s'il s'agit de lésions tertiaires, de gommes ulcérées. On devra se rapporter d'abord, et cela sera suffisant dans la plupart des cas, aux commémoratifs, à l'examen méthodique de toutes les parties du corps, à la recherche de cicatrices anciennes, tous renseignements qui feront reconnaître l'âge avancé de l'affection. De plus, dans les cas plus difficiles, où on devra consulter seulement l'état local, on pourra constater que l'ulcération est beaucoup plus creuse, plus étendue, plus sanieuse. Elle ronge la région, et la guérison ne se fait jamais par la *restitutio ad integrum*, comme c'est la règle dans le chancre. Il ne saurait donc y avoir d'erreur très longue sur la nature de l'accident.

Dans ce dernier cas, comme dans les autres, nous devons donc conclure que le diagnostic est facile la plupart du temps, et nous terminons en répétant la parole de Nélaton : « Les erreurs du diagnostic se font surtout par le manque d'attention. »

Pronostic

Devant un chancre des paupières nous devons nous poser deux questions. Quelles seront les conséquences au point de vue de la forme et du fonctionnement des paupières ? Quelles sont aussi celles qu'il peut entraîner pour la santé en tant que chancre ? Nous devons en un mot interroger l'avenir comme oculiste et comme syphiligraphe.

Au point de vue local, il existe quelques divergences entre les auteurs.

Dans de Wecker et Landolt on peut lire cette phrase : « Lorsqu'on n'a pas soin de les combattre énergiquement (les ulcérations syphilitiques primaires) elles peuvent amener des désordres considérables et quand elles ont pris une certaine étendue, elles sont presque constamment suivies de la déviation, sinon de la destruction partielle ou totale des paupières. »

Avec Fortuniadès nous nous étonnons de cette phrase et nous avons une opinion absolument différente de celle de Wecker et Landolt.

Après le chancre la *restitutio ad integrum* est la règle et, si parfois elle n'est pas absolue, jamais l'accident primaire ne compromet les fonctions palpébrales au même point que certaines ulcérations tertiaires. Il peut déterminer à la rigueur des modifications dans les paupières, mais des modifications d'importance secondaire.

Dans plusieurs observations, on signale la production d'un peu d'ectropion.

Dans d'autres, exceptionnelles, se trouve mentionné l'entropion.

Quant au symblépharon et au rétrécissement du cul de sac inférieur, ce sont là des accidents absolument exceptionnels.

Assez souvent se trouvent indiquées la perte des cils sur une étendue assez grande du bord palpébral, et la production sur ce bord de petites déchirures, de petites encoches signalées par Fortuniadès.

Citons enfin, puisque nous en avons un cas personnel très intéressant, citons l'oblitération des points lacrymaux, oblitération qu'il est d'ailleurs facile de traiter.

Le chancre palpébral n'entraîne donc que des modifications palpébrales insignifiantes, quand il en entraîne, et encore les accidents, tels que l'entropion, l'ectropion, le symblépharon, sont-ils dûs à ce que les pansements ont été malproprement appliqués.

Il nous faudrait maintenant discuter avec les syphili-graphes si la syphilis consécutive à un chancre des paupières est plus grave que celle qui suit un chancre du gland par exemple.

On a admis que les chancres extra-génitaux précédaient souvent des syphilis très graves, et par analogie nous pourrions le soutenir pour le chancre palpébral. Cependant les statistiques sur ce dernier nous apprennent que ce n'est point là la vérité. Et d'ailleurs qu'est-ce qui fait la gravité du chancre extra-génital ? Ce n'est pas son siège, mais les conditions dans lesquelles il est inoculé. En

effet il est grave quand il se développe chez des vieillards (et cela est vrai, que le chancre soit génital ou non), il est grave aussi quand il s'agit de personnes débilitées pathologiquement par la scrofule, la tuberculose, physiologiquement par l'allaitement. Enfin un dernier facteur de gravité est l'absence de traitement. Il deviendra de moins en moins important à mesure qu'on pensera davantage au chancre des paupières, à mesure qu'on en laissera moins passer sans diagnostic précis, partant sans thérapeutique.



Traitement.

Nous ne voulons pas faire ici le traitement de la syphilis ; nous ne dirons que quelques mots sur les précautions à prendre pour éviter le chancre des paupières, sur les soins à lui donner quand il est survenu.

Comme prophylaxie nous devrions recommander les plus grands soins de propreté aux médecins et aux sages-femmes, l'examen complet des nourrices et des nourrissons. Nous devrions montrer aux mères combien il est dangereux de laisser embrasser leur enfant par le premier venu. De plus, le chancre est-il développé, nous devons avertir le malade qu'il peut porter la contagion chez les personnes de sa famille s'il les laisse se servir des mêmes objets que lui.

Comme traitement local nous dirons fort peu de choses. Tout se réduit à faire une bonne autisepsie et à attendre sans irriter le chancre.

Nous conseillerons donc des lavages fréquents à l'eau boriquée ou au biodure. Après ces lavages on appliquera sur le chancre du calomel à la vapeur (Wecker) de l'iodoforme ou de l'aristol et on recouvrira avec un pansement sec. Nous emploierons les antiseptiques sus-nommés en poudre plutôt qu'en pommades qui tôt ou tard se décomposent.

Déjà à l'Hôpital du Midi on employait comme liquide

le vin aromatique, et comme le fait souvent remarquer Panas, c'était de la bonne antiseptie, avant l'antiseptie.

Quelques médecins ont l'habitude de cautériser les chancres qui n'évoluent pas à leur gré. On peut adopter cette mesure quand il s'agit des chancres des autres régions : il ne saurait en être question ici. Ce sont en effet ces cautérisations inopportunes qui ont causé les diverses difformités que nous avons nommées, telles que l'eutropion et l'ectropion.

Quant à l'excision du chancre, nous ne saurions mieux faire que de rapporter ce que nous disait Monsieur le Professeur Panas en sa dernière clinique : « Exciser le chancre, en général, est faire preuve d'ignorance. Je vous ai cité tout à l'heure les arthralgies, les accès de fièvre qui accompagnent le début du chancre et qui nous montrent que dès lors l'infection syphilitique a pris possession de tout l'individu. Nous ne devons donc pas considérer le chancre comme la manifestation primordiale, primitive de la syphilis, mais bien comme le premier des accidents secondaires. Il ne saurait être question maintenant d'enrayer une infection déjà faite en enlevant la porte d'entrée. »

Nous n'avons pas à traiter ici la thérapeutique de la syphilis elle-même. Disons toutefois que le Professeur Panas emploie dans tous les cas de syphilis une méthode qui présente une certitude quasi mathématique pour le dosage et l'absorption du mercure. C'est la méthode des injections intramusculaires d'huile biiodurée que l'on alterne avec l'iodure de potassium à l'intérieur.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Le malade a été le sujet d'une clinique inédite de Monsieur le
Professeur Panas)

M. X..., âgé de trente ans, est amené à la consultation de Monsieur le Professeur Panas par Monsieur le Docteur Robin.

Il présente à la commissure interne de l'œil droit une ulcération qu'on a prise tout d'abord pour un épithélioma. Monsieur Robin ayant constaté une roséole et des plaques muqueuses et ne voyant par ailleurs que l'ulcération n'avait pas les caractères d'un cancroïde, amène le malade à M. Panas un jour de clinique.

Voici ce qu'on constate à l'examen.

Au niveau de la commissure interne existe une ulcération recouverte de croûtes, s'étendant d'une paupière à l'autre, affectant assez la forme d'un croissant, mais empiétant un peu plus sur la paupière inférieure.

Les bords sont légèrement surélevés et se continuent insensiblement avec les parties saines. Du côté du fond de la lésion ils sont mieux délimités.

Le fond saigne assez facilement.

La lésion a son siège presque exclusivement cutané.

Poitout

A la palpation on constate que sa base est très indurée, l'induration s'étendant même au-delà des bords.

Il y a un ganglion préauriculaire, et surtout des ganglions sous-maxillaires. Pas de ganglion facial.

L'adénopathie a tous les caractères de l'adénopathie syphilitique ; dure, indolente, roulant sous le doigt.

Il y a également des ganglions cervicaux et des ganglions mastoïdiens d'atteints.

Nous avons signalé la roséole assez prononcée, observée par le docteur Robin et, maintenant disparue. Il y a des plaques muqueuses sur la langue et sur les joues.

Toute trace de chancre est cherchée vainement sur un autre point du corps.

D'ailleurs le malade prétend qu'il n'a eu de rapport sexuel avec aucune femme depuis bien longtemps.

Le diagnostic s'impose, malgré l'absence d'antécédents. C'est un chancre syphilitique de la commissure interne.

Comme traitement : injection d'huile biodurée.

OCSERVATION II (Personnelle)

Monsieur L. M..., étudiant en médecine, âgé de 27 ans voit apparaître, en rentrant des vacances (octobre 1894), un petit bouton rouge sur le bord libre de la paupière inférieure droite, tout près de l'angle interne.

Ce bouton évolue tout d'abord comme un orgeolet.

Les premiers jours il y a un œdème assez intense envahissant les deux paupières et quand l'œdème est disparu sous l'action des pansements humides, on peut mieux constater qu'il y a sur le bord libre de la paupière inférieure, au point cité, une rougeur assez localisée, avec un

peu de gonflement et d'induration légèrement sensible du même point.

L'étudiant croyant avoir affaire à un simple orgeolet ne s'en préoccupe pas et se traite simplement avec des pansements humides placés pendant la nuit.

Au bout de 10 ou 12 jours même état des lésions avec un peu d'extension cependant de l'induration et du gonflement vers la commissure interne.

Des amis conseillés pensent à une orgeolet évoluant chroniquement et prescrivent de la pommade jaune.

Rien n'y fait.

Rentrant moi-même des vacances en novembre 94, je vois mon ami très inquiet et voici ce que je constate à mon examen.

Les paupières droites sont atteintes d'une légère blépharite ciliaire. La paupière inférieure droite près de la commissure interne, et la commissure elle-même présentent une ulcération dont voici les caractères :

Beaucoup plus développée du côté cutané que du conjonctival, cette ulcération est recouverte d'une croûte mince que j'enlève ce qui permet de constater l'aspect rouge foncé de la lésion.

Il y a à peine d'ulcération et le fond est presque lisse.

Les bords un peu surelevés se continuent en pente douce d'une part avec le fond, d'autre part avec les tégu-ments voisins.

Il y a également un changement progressif de la couleur très sombre au niveau de lésion, de plus en plus claire à mesure qu'on se rapproche des parties saines.

L'induration de la base est manifesté et mon ami me raconte qu'il avait été frappé dès le début de cette dureté si peu en rapport avec l'existence d'un orgeolet simple.

Adénopathie préauriculaire et sous maxillaire nous n'avons pas recherché le ganglion buccal de M. Panas, ganglion que nous ne connaissions pas à cette époque).

Les ganglions les plus gros sont manifestement les ganglions sous-maxillaires.

Cette adénopathie est dure et presque indolente (au début elle était totalement indolente. Depuis quelques jours elle est devenue un peu douloureuse, ce qui est bien en rapport avec l'état légèrement douloureux de la lésion palpébrale survenue depuis peu. Il s'est évidemment fait là une infection banale surajoutée).

Comme troubles fonctionnels : la légère douleur que nous venons de signaler, douleur qui apparaît dans les mouvements de la paupière.

Signalons aussi un épiphora très gênant et devenu beaucoup plus intense depuis quelques jours.

J'avais lu quelques avant les leçons de M. Fournier parues dans la semaine médicale de 1893, et devant tous ces signes ma première, ma seule pensée fut que mon ami était atteint de syphilis, qu'il présentait un chancre palpébral.

Sans inquiéter davantage le malade, je lui dis de patienter quelques jours, en se lavant plusieurs fois par jour les yeux avec de l'eau boriquée tiède, et en plaçant chaque soir un pansement avec de la pommade jaune.

Deux ou trois jours à peine s'étaient écoulés que mon ami venait me montrer une roséole très nette.

Je lui fis à partir de ce jour, des injections de peptonate de mercure et à part quelques plaques muqueuses de la gorge et de la joue droite (plusieurs dents cariées de ce côté) le malade n'eut jamais d'autre accident syphilitique.

Quant à la lésion palpébrale, au mois de janvier 1895, il en restait comme trace une cicatrice assez foncée, mais devenant chaque jour plus souple et plus blanche, cicatrice qui persistait à peine au mois de mai 1895.

Cependant, même à cette époque, l'épiphora continuait à gêner beaucoup le malade et à l'examen des points

lacrymaux, je pus voir que le point inférieur était complètement oblitéré.

Un coup de bistouri et quelques cathétérismes suffisent à améliorer le cours des larmes.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres.

D'abord par son mode de début. Pendant longtemps on put croire à un simple orgeolet.

Puis par sa localisation et l'atteinte profonde du point et du conduit lacrymal. Pour nous, ce processus cicatriciel très étendu est dû surtout à ce qu'il s'est produit au niveau de la lésion syphilitique une infection secondaire.

Enfin par la bénignité de la syphilis qui a suivi le chancre. Mon ami n'a jamais présenté en effet que les quelques plaques muqueuses signalées plus haut. Ce point n'est pas d'ailleurs spécial à mon observation. Nous retrouvons cette bénignité dans l'observation de M. Mouchet et dans bien d'autres. Nous ne pouvons admettre, au moins d'une façon générale, ce que l'on dit des chancres extragénitaux, à savoir qu'ils précèdent des syphilis très graves.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. A. Mouchet, interne des hôpitaux de Paris).

En 1891, un garçon épicier, âgé de 25 ans, a des relations avec une femme qui avait contracté la syphilis peu de temps auparavant.

Ce garçon, bien portant par ailleurs, non lymphatique

voit apparaître au bout de 20 à 25 jours (sans qu'on ait pu préciser davantage) une petite ulcération sur la paupière supérieure gauche.

La lésion siège sur le bord libre de la paupière, près du grand angle de l'œil et empiète sur la commissure, du moins au bout de quelque temps.

Au début en effet, l'ulcération très petite est manifestement sur le bord même de la paupière.

Peu à peu la lésion grandit au point d'atteindre la surface d'une pièce de 1 franc.

Le malade, pris de peur à ce moment, va consulter un médecin qui diagnostique un épithélioma et l'envoie pour être opéré, à Monsieur le docteur Mouchet, chirurgien à l'hôpital de Sens.

Voici quel était l'état des lésions lors de l'examen de M. Mouchet.

Ulcération grande comme une pièce de 1 fr. environ siégeant au bord libre de la paupière supérieure gauche allant de la peau à la conjonctive en empiétant un peu sur les deux, s'étendant en dehors jusqu'à la région ciliaire de la paupière, en dedans se développant largement sur la commissure, sans atteindre toutefois le bord libre de la paupière inférieure.

Une légère croutelle recouvre le tout. Après lavage la lésion apparaît, non nettement ulcéreuse, mais rougeâtre et assez facilement saignante, limitée par des bords dont la coloration se confond peu à peu avec la couleur des régions voisines.

Au palper induration très prononcée et étendue à toute la base et aux bords de la lésion.

Les ganglions parotidiens et sous-maxillaires sont augmentés de volume ; ils sont durs, roulent sous le doigt et sont légèrement sensibles.

Il y a également un peu d'œdème de la paupière et

de la conjonctive, œdème qui disparaît rapidement sous les pansements humides.

Devant tous ces signes, M. Mouchet porte le diagnostic de chancre induré de la paupière, et voit 30 jours environ après le début du chancre, son diagnostic confirmé par l'apparition d'une roséole typique.

Le traitement mercuriel interne est institué.

Depuis, l'induration a persisté assez longtemps, en s'atténuant peu à peu et n'a guère disparu complètement qu'au bout de 3 mois.

Le malade a eu dans la suite quelques plaques muqueuses buccales et palatines et c'est tout.

Aucun autre accident syphilitique depuis.

OBSERVATION IV

(David de Beck, traduite par Fortuniadès)

John C..., 26 ans, vu pour la première fois à la clinique pendant l'été 1891.

On lui trouva une conjonctivite catarrhale du côté droit et quelques symptômes de blépharite des angles de chaque côté.

En abaissant la paupière inférieure à droite, on découvrit une ulcération curieuse située à l'union du 1/3 externe et du 1/3 moyen. Elle commençait sur le bord libre de la paupière qui était renversée en dedans dans une étendue d'environ deux millimètres et gagnait la conjonctive tarsienne. Elle formait un ovale presque régulier de 3^m/m sur 5 dont le grand axe était perpendiculaire au bord de la paupière. Ses bords étaient réguliers et indurés. Sa surface était recouverte d'une sécrétion gris jaunâtre ;

sa base était nettement indurée. La conjonctive était très congestionnée, mais la paupière était peu œdématisée. Dans mon inexpérience de jeune homme je ne fis pas le diagnostic. Le malade était un de mes amis personnels : je le connaissais comme un homme d'honneur et de moralité impeccables. Marié depuis un an à peine à une estimable jeune fille, à laquelle il était attaché avec passion, il ne pouvait, selon moi, être soupçonné de syphilis. Je notai le cas et j'en fis un dessin. Je lui prescrivis une pommade d'oxyde jaune et lui dis de revenir régulièrement se montrer. Un ou deux jours après j'appris qu'il avait un emploi qui l'obligeait à ne plus vivre en ville et je ne le vis plus depuis. Dans l'été de 1884, il vint me voir chez moi : sa blépharite avait continué pendant tout cet intervalle. Je le trouvai amétrope et je lui prescrivis des verres pour corriger un astigmatisme hypermétropique complet.

Je trouvai à la place de l'ancienne ulcération une cicatrice blanche, linéaire, d'environ 3 millimètres de long.

Je découvris que le médecin de sa famille était un jeune collègue qui était de plus un de nos communs amis de collègue et j'allai le voir. J'appris qu'environ cinq ou six semaines après sa première visite ce médecin avait accouché la femme du malade d'un enfant qui vit encore, beau et bien portant. Une ou deux semaines plus tard, il découvrit que le malade présentait une roséole typique et des plaques muqueuses dans l'arrière-bouche et le pharynx ; puis survint un engorgement ganglionnaire généralisé. Bref, tous les symptômes types de la période secondaire. En raison de la difficulté qu'il avait à retrouver la lésion initiale, il se souvint parfaitement du cas. Le malade niait absolument toute occasion d'infection. Il examina avec soin toutes les muqueuses employant même une loupe et ne trouva aucune cicatrice ni aucune marque d'induration. Il ne songea pas à la conjonctive, car son client s'était servi régulièrement de la pommade que je lui avais

prescrite et jamais ses paupières n'avaient été en meilleur état.

Cette confrontation de médecins nous éclaira. Le malade prit régulièrement et consciencieusement du mercure pendant une année entière et depuis aucun symptôme n'apparut. Cependant un enfant, né en 1883, était faible et chétif et avait incontestablement de la syphilis congénitale ; il mourut au bout de quelques mois.

Un enfant né à la fin de 1885 semble jusqu'à ce jour en parfaite santé.

En cherchant les sources possibles d'infection je découvris qu'au temps de sa première visite, cet homme, bien que d'une position assez médiocre, avait à sa charge un frère invalide avec une femme et un enfant et un jeune frère de sa femme sans moyen de se suffire. La seule façon de faire coucher tout ce monde dans cette humble demeure était de mettre les deux femmes dans un lit et d'empiler les trois hommes dans un autre. L'été de 1881 avait été très chaud. De plus je découvris, d'après d'autres sources absolument dignes de foi, qu'à la même époque, le jeune beau-frère souffrait de symptômes secondaires extrêmement accentués. C'est la seule source probable d'inoculation que je trouvais.

OBSERVATION V

(Professeur : Dubreuil de Montpellier)

Je veux vous signaler un cas tout à fait anormal que nous avons encore dans nos salles et qui au début m'a complètement dérouté.

Il s'agit d'un jeune soldat qui est entré depuis plus de
Poitou

deux mois pour une maladie des paupières à l'œil gauche.

Ce militaire, de tempéramment lymphatique, présentait au niveau de l'angle externe de l'œil, du côté muqueux, une rougeur assez vive et un certain gonflement. En palpant cet angle à l'aide d'une pression exercée avec la pulpe du doigt sur la surface cutanée on sentait une certaine induration. Le bord libre de la paupière inférieure était rouge, rien à la paupière supérieure. Le malade accusait une sensation de gêne plutôt que de douleur. L'œil était injecté. En renversant les paupières on constatait qu'en dehors de l'angle externe et du bord libre de la paupière inférieure, il n'y avait rien d'anormal ; pas de granulations, pas d'engorgement ganglionnaire préauriculaire. Engorgement des ganglions sous-maxillaires du côté droit qui demeurent distincts et isolés.

Le malade raconte que c'est la première fois qu'il a mal à la paupière ; il a été atteint de la maladie actuelle une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital et il ne sait à quoi l'attribuer. Il déclare n'avoir jamais eu la syphilis et nous pûmes en effet constater, qu'à son entrée, il n'avait ni taches sur la peau, ni alopecie, ni adénopathie cervicale portériure.

Peu édifié sur la nature de la maladie, nous mîmes successivement en usage les applications de poudre d'iodoforme et les attouchements avec le crayon de sulfate de cuivre.

Au bout d'un mois environ l'état était le même, le malade accusa de violents maux de tête qui ne furent nullement soulagés par les différentes médications auxquelles nous eûmes recours.

J'avoue que j'étais complètement désorienté, lorsqu'un beau jour, près de deux mois après l'arrivée du malade, il se plaignit d'avoir des boutons sur la peau. Je le fis deshabiller et je pus constater alors qu'il avait sur presque tout

le corps une éruption papulosquameuse dont le caractère syphilitique ne pouvait être douteux,

La couleur brun rougeâtre, la collerette épidermique, rien n'y manquait. Je constatai aussi que les cheveux étaient en grande partie tombés, que les ganglions lymphatiques de la région cervicale postérieure étaient engorgés.

Mon examen minutieux des organes génitaux me montra qu'ils étaient parfaitement indemnes; pas d'engorgement ganglionnaire. Nous étions évidemment en présence d'un cas indéniable de syphilis et l'intégrité des organes génitaux, des ganglions inguinaux permettait d'affirmer que ce n'était pas de ce côté qu'avait eu lieu la contamination.

Par voie d'exclusion, j'ai été conduit à admettre que l'accident initial, le chancre avait eu pour siège la surface muqueuse de l'angle externe des paupières et que ce que j'avais pris pour une blépharite anormale était tout simplement un chancre induré. Ici je n'avais pas constaté d'ulcération, mais on s'expliquait parfaitement qu'elle eût pu passer inaperçue; en tous cas j'avais perçu l'induration. Ce n'était certes pas cette induration noueuse et étendue que l'on constate dans quelques cas, mais plutôt ce que les syphiligraphes ont appelé induration foliacée.

C'était, je l'avoue, un siège étrange pour un chancre que l'angle externe des paupières. J'ai tourné, retourné le malade pour en obtenir des renseignements de nature à éclaircir ma religion. Il m'a affirmé que depuis au moins trois mois avant son entrée à l'hôpital, il n'avait eu de relation avec aucune femme. Il ajoute que pour se débarbouiller il a toujours usé de serviettes lui appartenant et ne servant qu'à lui.

En somme l'origine du chancre nous échappe absolument.

Je vous dirai en terminant qu'un traitement a été

des plus satisfaisants ; la rougeur et l'induration palpébrale ont à peu près disparu et l'éruption cutanée a pâli et s'est notablement effacée.

OBSERVATION VI

(Danlos) Société de dermatologie et syphiligraphie 1895. p. 14.

L'affection date de deux mois environ, et occupe la paupière inférieure gauche. Celle-ci se montre indurée et tuméfiée dans sa totalité, rouge dans sa moitié inférieure. **En** la renversant on constate que la lésion a son maximum d'intensité sur le bord libre. Au lieu de la surface lisse et plane, limitée en avant et en arrière par une arête vive, **ce** bord extrêmement tuméfié, doublé ou triplé d'épaisseur, absolument dépourvu de cils, se présente sous l'aspect d'un bourrelet demi-cylindrique, rouge et très légèrement ulcéré. La rougeur et l'érosion occupent la totalité du bord libre d'un angle à l'autre, et se continuent sur la peau et sur la conjonctive. Toute la conjonctive palpébrale est rouge et la rougeur s'étend sur le globe oculaire jusqu'au voisinage de la cornée. Sur la paupière l'érosion et la rougeur ne dépasse pas la moitié supérieure. Les lésions vont en s'atténuant à partir du bord libre et sont sans limites précises aussi sur la peau que sur la conjonctive. Nulle part il n'y a d'ulcération proprement dite, pas de sécrétion purulente ou pseudo-membraneuse appréciable. La chute des cils remonte à quinze jours environ.

La nature de l'affection pourrait peut-être rester douteuse, si l'on se bornait à l'examen de la paupière ; mais il existe ailleurs des lésions secondaires qui ne permettent aucun doute et qui sont comme la signature de la maladie.

On trouve à l'angle de la mâchoire, un gros ganglion dur et indolent, se continuant avec une chaîne de glandes plus petites, d'un volume graduellement décroissant, perceptibles jusqu'au voisinage de la clavicule. L'enfant présente en outre de la roséole et des ulcérations amygdaliennes.

Cette observation est intéressante, parce que le ganglion préauriculaire n'est pas engorgé, parce que la lésion a été diffuse, et enfin parce que la syphilis dont ce chancre a été l'origine, rentre dans ce que l'on a appelé la syphilis familiale. Le père, syphilitique depuis un an, a contaminé sa femme depuis environ cinq mois. La transmission à l'enfant s'est produite soit par un baiser, soit par l'unique cuvette qui sert aux ablutions de toute la famille, soit enfin et ce mode d'origine est le moins improbable, par la salive ou les doigts de la mère. Au moment des ouragans du début de novembre, l'enfant dont l'œil était absolument normal, se plaignit d'avoir reçu un corps étranger. Pour l'enlever, la mère, écartant les paupières avec ses doigts, souffla sur l'œil. S'est-il alors produit une contamination par les doigts ou par la salive ? Il est impossible de rien affirmer ; toujours est-il que quinze jours plus tard, la lésion actuelle débutait.



CONCLUSIONS

1. Alors qu'il y a 40 ans à peine on ne faisait pas mention du chancre des paupières, actuellement sa fréquence devient de plus en plus grande à mesure qu'on sait mieux le reconnaître au milieu des affections similaires.

2. L'inoculation peut se faire par les voies les plus diverses, soit au cours d'un acte vénérien, soit accidentellement, et dans ce dernier cas le chancre est presque toujours professionnel.

3. Comme symptômes le chancre palpébral présente localement l'aspect d'un chancre induré, aspect légèrement modifié cependant par la structure des paupières. C'est ainsi que souvent, au lieu de montrer une induration véritable, il se présente avec un léger épaissement parcheminé.

4. L'ulcération signalée par la plupart des auteurs est bien plutôt une érosion ayant plus de tendance à se surélever, à devenir papuleuse, qu'à se creuser et à devenir véritablement ulcéreuse.

5. L'adénopathie a tous les caractères de l'adénopathie syphilitique et est surtout intéressante par son siège. Quand le chancre siège au grand angle de l'œil les ganglions sous-maxillaires sont surtout atteints ; quand il

siège au petit angle, c'est surtout le ganglion préauriculaire qui est pris.

6. Une fois le chancre guéri, l'induration peut persister pendant de longs mois.

7. Le chancre palpébral a été confondu avec de nombreuses lésions : mais toujours l'erreur vient d'un examen incomplet.

8. Contrairement aux idées généralement admises sur la gravité des chancres extragénitaux en général, et palpébraux en particulier, on peut affirmer que ces derniers se terminent par la *restitutio ad integrum* et qu'ils ne donnent point naissance à des syphilis spécialement malignes.

9. Comme traitement, faire une bonne antisepsie locale, et rejeter toute méthode caustique : car c'est par ce dernier moyen que surviennent différentes complications cicatricielles du côté des paupières, ou du côté des points lacrymaux.

Vu :

Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Adams (J.-E). — Transact. of the ophtalm. soc. of the unit. Kingdom, 1882.

Alt. — Case of chancre of the right upper lid. Americ. Journal ophtalm. Saint-Louis, 1891.

Aumont. — Chancre des paupières (Th. Paris, 93-93).

Badal. — Contribution à l'étude des manifestations oculaires de la syphilis. Journal de médecine de Bordeaux (1879-1880). Sud-Ouest médical, 1880.

Beck (David de). — Hard chancres of the eyelids and conjunctive (Cincinnati 1886). Parfaitement analysé par Mesklen dans les annales de dermatol, et syphil. de 1887). — Syphilis of the eyelids. Journ. méd. col. Ohio. Cincinnati, 1891.

Boucheron. — Union médicale 1879.

Bourgogne. — Considerations générales touchant les différents modes de contagion et de transmission accidentelle de la maladie vénérienne (Bruxelles 1886).

Browne Edgard. — The lancet 1884. — Semaine médicale 1884.

Bulkley. — Medical New, 1889.

Bull. — Contribution to syphilis of the eyelids. — New-York medical Journal, 1878.

Carter. — Transact of the ophtalm. soc. of the Unit Kingdom 1882.

Poitout

- Castells.* — Rev. espân. des ophtalm. 1882.
Claeys. — Annal. de la soc. méd. de Grand 1883.
Clerc. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1886.
De Lapersonne. — Arch. d'ophtalmologie, 1880.
Denti. — Aunali di ophtalmol. 1883.
Derville. — Journal des Sc. médicales de Lille, 1890.
Despagnet. — Arch. d'ophtalm. 1881.
Diday. — Du péril vénérien dans les familles, 1881.
Dolhoff. — Syph. Eutart des Augenlied. medic. Zeit Berlin 1888.
Dubreuil. — Gazette hebdom. medic. de Montpellier.
Ducastel. — Chancres syphil. atypiques. Bulletin de la Société de derm. et syph. 1890.
Elosa. — La ophtalm. pratic. 1882.
Eveillé. — Recherches statistiques sur la syp. oculaire. T. Bordeaux 85-86.
Feulard. — Annales de dermat. et de syphil. 1890-1892.
Fieuzal. — Maladies des paupières. Bulletin de la clinique nationale des Quinze-Vingts, 1883.
Fitz-Gérald. — Ophtalm. société of the Unit. Kingdom 1882.
Fortuniadès. — Etude sur le chancre syph. des paupières (th. Paris 1890.
Fournier. — Union médicale 1858. — Leçons cliniques de l'hôpital Saint-Louis, 1886. — Nourrices et nourrissons syph. Union médicale 1878. — Semaine médicale 1893.
Galezowski. — Journal d'ophtalm. 1872.
Hardy. — Ophtalmol. society of the Unit Kingdom 1882.
Harlingen (Van). — De Philadelphie. The Bliclinic, 1834.
Holmès. — Journal of americ. medic. 1887.

Hulot. — Annales de dermatol. et de syphilig. 1879-1880.

Jullien. — Traité des maladies vénériennes.

Krelling. Wiesteljahr dermat. und siph. 1888.

Lavergne et Perrin. Annales de dermatol. et de syph. 1884.

Le Dentu. — Soc. de chirurgie, 1885.

Lipp. — Wien. medicin press. 1889.

Lloyd. — The Lancet 1890.

Mauriac. — Leçons sur les maladies vénériennes 1883.

Mazet. — Journal des mal. cutan. et syph. 1892. *Medic. Times.* Case of syph. sores on the eyelids 1857.

Meighan de Gascow. — Glasc. medic. journal 1883.

Mittasch. — Die syph. erkrank der Angelider 1883.

Montgomery de Chicago. — Transact. illinois states medic. soc. 1885.

Morabito. — Su un caso d'ulcéro-syphilitico della palpebra *Bulletins di Polsamb. di Milano* 1889.

Motz. — Gaz. hop. 1881.

Newman. — Extragenit syph. méd. press and circular, London 1892. Extragenital sclerosen allg. *Wien. med. zeit* 1892.

Nivet. — Th. Paris 1887.

Pospelow. — Arch. f. dermat. und derm. 1889.

Purscher. — Centrabl. f. prak. angenl. Leipsick 1891.

Richon. — Gaz. hop. 1881.

Ring. — Medic. Rec. New-York 1892.

Royer. — Recherches clin. sur les mal. de l'enf. 1883.

Swele. — Ophthalm. soc. of united kingdom 1883.

Stourme. — Essai sur le pronostic du chancre céphalique induré. Th. Lyon, 1889.

Toucheaulme. — Etude sur le chancre syphilitique de la conjonctivite. Th. Paris, 1889.

Trousseau. — Annales derm. 1887.

Veslin. — Annales derm. 1890.

Vibert. — Injection intra-musculaire de mercure dans la thérapeutique oculaire. Th. Paris, 1892.

Viguiér. — Etude sur les chancres extra-génitaux, Th. Paris, 1888.

Withe. — University medic. magaz. Philadelphie, 1889-1890.

Wiehle. — Allg. Wien. Medizin. Zeit, 1882.

Williams. — St-Louis medic. and chirurg. journal, 1883.

Zeissle. — Deutsch. Zeitsch f. pratic. mediz. 1878.

Zobolotski de Moscou. — Revue générale d'ophtalm., 1884. Medic. obosrennic. 1884.

